

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-711542

137931

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 508

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AITIHEM MED MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 011 55 56 62

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr Khalid ADNAN
CARDIOLOGUE
ISKAV Med Bouziane Salem N
sidi Othmane - Casablanca
05 22 55 41 08

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/11/2022	Op. ECG		300,00	INP : 1111111111111111 Dr Khalid ADNAN CARDIOLOGUE 14, rue Beuzane-Saïan-H Casablanca Tél. 055 4108

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

D.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

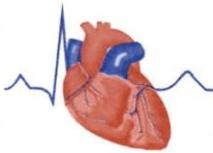
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid ADNAN

Cardiologue

Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires

Echodoppler Cardio-Vasculaire - Holter



الدكتور خالد عدنان

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
و ارتفاع الضغط و الدورة الدموية
البحث بالصدى و الهولتير

Casablanca, le : 14/11/22 الدار البيضاء في :

CERTIFICAT MEDICAL

Je Soussigne et Certifie avoir

examiné ce jour M^r (M^{me}) JARIF I. J.

et qu'il (elle) est porteur (se) HTA fronde M

nécessitant un traitement, une surveillance au long court et

une prise en charge de longe durée de la part de sa mutuelle.

Dont certificat établi pour servir et faire valoir ce que de droit.

254، شارع محمد بوزيان الطابق الأول السلامه III سيدى عثمان الدار البيضاء
254, Av. Mohamed Bouziane 1er étage Salama III Sidi Othman Casablanca
GSM : 061.16.34.63 Fax : 022.55.41.08/12 الهاتف : 022.55.41.08/12 Tél. :

Dr. ADNAN Khalid
Cardiologue

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage

Salama III Sidi Othmane
20670

Tel.: 05 22 55 41 08

Mobile: 06 66 25 12 44 WhatsApp

Fax: 05 22 55 41 12

Email: kha_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 14/11/2022

Mme Ijjou DARIF

76 ans

24,40
1) LEVOTHYROX Comprime à 100 µg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 3 mois

224,00 x 3
2) LEVOTHYROX 25 MG

Prendre 1 et 1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois

41,80 x 2
3) EXFORGE 5/160 MG

Prendre 1 cigarette le matin, après le repas, pendant 3 mois

80,10 x 3
4) AVLOCARDYL 40 MG

Prendre 1/2 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 3 mois

51,20 x 1
5) XYZALL 5 MG

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

45,00
6) ZOLPIDOX 10 MG

Prendre 1/2 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

51,20 x 1
7) TEGRETOL 200 MG

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

20,10
8) ZYLORIC 100 MG

Prendre 1 comprimé le matin, 1 jour sur 2, pendant 3 mois

9) EOSINE SPRAY

Faire 1 pulvérisation par jour

1 boite

9 spécialité(s) prescrite(s)

Dr. ADNAN Khalid

Dr Khalid ADNAN
CARDIOLOGUE
254 Av. Mohamed Bouziane Salam IV
Sidi Othmane - Casablanca
Tél.: 05 22 55 41 08

Pharmacie AL OSRA
LAHRIKAH Abdellatif
52-54, Bd. Amgala Ain Chock Al Inar
Tél.: 05 22 21 71 92 - Casablanca

tout effet secondaire des médicaments prescrits doit être déclaré au médecin



AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V: 41DH80
LOT: 21E015
PER: 11/2024

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V: 41DH80
LOT: 22E003
PER: 04/2025

LOT 221040
EXP 04 2026
PPV 80 10

LOT 221040
EXP 04 2026
PPV 80 10

LOT 221040
EXP 04 2026
PPV 80 10

PPV: 80 10
LOT: 221040
PER: 04/2025

45,00

45,00

LOT: M22021
EXP: JAN 2025
PPV: 51,30 DH

LOT: M22030
EXP: JAN 2025
PPV: 51,30 DH